

VU Research Portal

Routekaart

Visser, Johan; Zuidgeest, M; Appelman, M.; Koolman, Xander

2012

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Visser, J., Zuidgeest, M., Appelman, M., & Koolman, X. (2012). *Routekaart: Te maken keuzes bij de ontwikkeling van betrouwbare kwaliteitsindicatoren in de zorg*.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

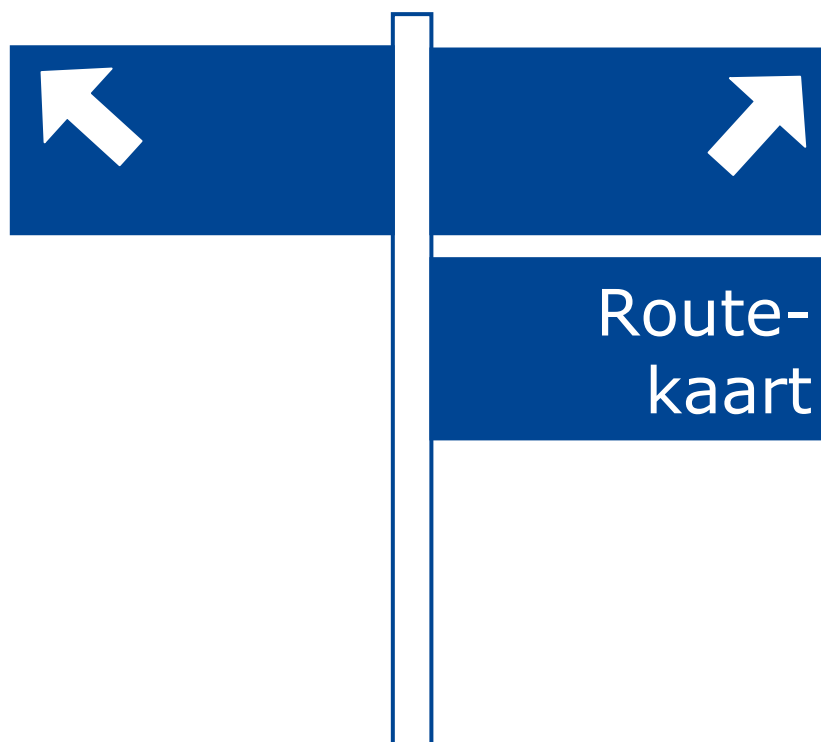
- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl



Te maken keuzes bij
de ontwikkeling van betrouwbare
kwaliteitsindicatoren in de zorg

Versie 2.0
31 december 2012

Colofon

Opdracht en verantwoordelijkheid

Tot stand gekomen in opdracht
van het Kwaliteitsinstituut i.o./ CVZ

Auteurs

Drs. Johan Visser (SiRM)
Dr. Marloes Zuidgeest (SiRM)
Drs. Marja Appelman (SiRM)
dr. Xander Koolman (SiRM)

Inhoudsopgave

1	Opzet Routekaart.....	3
1.1	Routekaart en indicatorstandaard	3
1.2	Afbakening van Routekaart	3
1.3	Leeswijzer	4
2	Indicatoren (door)ontwikkelen.....	5
2.1	Keuze voor indicatoren	5
2.2	Correctie voor populatieverschillen	8
2.3	Verkrijgen goede gegevens	11
2.4	Verkleinen toevalsfactor	14
2.5	Vorbereiding uitvragen van de indicatoren	17
3	Indicatoren toetsen	19
4	Keuzes maken.....	21
5	Begrippenlijst	22

1 Opzet Routekaart

1.1 Routekaart en indicatorstandaard

Routekaart faciliteert het gebruik van de indicatorstandaard. In *Routekaart* staat beschreven welke keuzes partijen in de zorg¹ op welke momenten moeten maken en wat de potentiële impact hiervan is op de evaluatie van de kwaliteit van de indicator (inhoudsvaliditeit, registratievergelijkbaarheid, populatievergelijkbaarheid, steekproefvergelijkbaarheid en statistische betrouwbaar onderscheiden; zie *Indicatorstandaard* par. 1.5). Daarbij geeft de kaart inzicht in de consequenties van de te maken methodologische keuzes. De methodologie zelf staat beschreven in de indicatorstandaard.

Uit *Routekaart* blijkt dat het - met het oog op de kwaliteit van indicatoren - noodzakelijk is dat partijen in de zorg (op basis van onderzoek) keuzes maken over een groot aantal methodologische punten voordat ze indicatoren uitvragen. De indicatorstandaard is primair gericht op het gebruiken van indicatoren als keuze-informatie (gebruikersperspectief, zie *Indicatorstandaard* par. 1.3). *Indicatorstandaard* en *Routekaart* zijn daarnaast relevant voor andere gebruiksdoelen, zoals indicatoren voor zorgverzekeraars, toezicht of eigen gebruik door zorgaanbieders (zie *Indicatorstandaard* bijlage 2). Bij het doorlopen van de keuzes vormt het template voor de weergave van indicatoren (zie *Indicatorstandaard* bijlage 7) een handig hulpmiddel.

1.2 Afbakening van Routekaart

Routekaart beschrijft de consequenties van de te maken methodologische keuzes. Naast deze keuzes moeten partijen in de zorg tijdens indicator(door)ontwikkeling ook andere keuzes maken. Het betreft bijvoorbeeld keuzes over de planning en de te volgen procedures. De keuzes die geen methodologische consequenties hebben staan niet in *Routekaart* vermeld.

Een belangrijke stap in kwaliteitsmetingen is de uitvraag van gegevens om de indicatorwaarde te kunnen bepalen. In deze stap worden de gegevens uitgevraagd. Daarbij geldt dat de zorgaanbieders de gewenste gegevens moeten registreren en aanleveren. De gewenste gegevens kunnen echter ook uit bronnen van andere partijen worden betrokken. De uitvraag zelf bevat geen methodologische consequenties en maakt daarom geen onderdeel uit van *Routekaart*. Voorafgaand aan de uitvraag moeten partijen in de zorg keuzes maken over het al dan niet uitvragen van deze gegevens. Deze keuzes zijn wel opgenomen in *Routekaart*. De uitvraag van de gegevens kan vervolgens ook belangrijke informatie opleveren die gebruikt kan worden bij het toetsen van de indicatoren.

Partijen in de zorg kunnen *Routekaart* in verschillende stadia van indicatorontwikkeling gebruiken. De keuzes die erin beschreven staan moeten partijen in de zorg zowel bij de ontwikkeling als de doorontwikkeling maken. Veelal is echter sprake van een verschil in beschikbare informatie. Bij de initiële ontwikkeling (ex ante) is geen (empirische) informatie beschikbaar. Bij de doorontwikkeling (ex post), bijvoorbeeld na een pilot, is mogelijk wel (empirische) informatie beschikbaar.

Voor het ontwikkelen van goede indicatoren is het noodzakelijk de afwegingen te maken die in *Routekaart* beschreven staan. Partijen in de zorg moeten altijd deze afwegingen maken. Welke invulling partijen in de zorg daarin maken is veelal vrij. In *Routekaart* wordt met “moet” aangegeven waar partijen in de zorg afwegingen over dienen te maken en wordt met “kan” aangegeven welke (meest voor de hand liggende) opties bij deze keuzes beschikbaar zijn. Partijen in de zorg zouden verantwoording moeten kunnen afleggen over de keuze die ze maken.

¹ In *Routekaart* bedoelen we met ‘partijen in de zorg’ de organisaties uit het zorgveld die de verantwoordelijkheid op zich hebben genomen om een set kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, zoals (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en/of patiënten/cliënten.

1.3 Leeswijzer

Veel van de keuzes moeten partijen in de zorg al maken bij het definiëren van de indicatorset. In *Routekaart* staan deze keuzes beschreven in hoofdstuk 2 over de ontwikkeling, doorontwikkeling en het onderhoud van de indicator(sets). De omschreven keuzes zijn onderling gerelateerd, waardoor partijen in de zorg deze keuzes gelijktijdig moeten maken. Hierdoor kunnen de keuzes niet chronologisch worden geordend. Wel is hun relatie beschreven. Bij het beschrijven van de keuzes is zo veel mogelijk de volgorde van de onderwerpen uit de indicatorstandaard aangehouden.

In de hoofdstukken 2 en 3 staan de twintig keuzes omschreven. Deze keuzes staan steeds als volgt in de kantlijn weergegeven:

→ 1 Omschrijving van de keuze

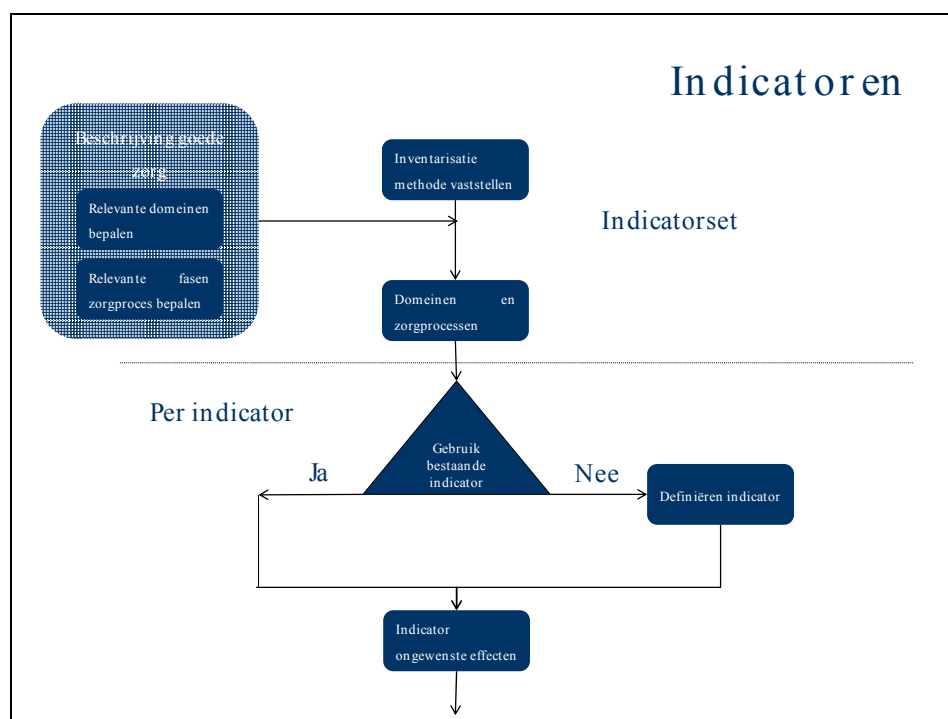
Door de indicatorset te toetsen, vergaren partijen in de zorg belangrijke informatie ten behoeve van de doorontwikkeling, het onderhoud, maar ook de zeggingskracht van de indicatorwaarden. Het toetsen van de indicatorset staat beschreven in hoofdstuk 3.

2 Indicatoren (door)ontwikkelen

2.1 Keuze voor indicatoren

Uitgangspunt van *Routekaart* is dat partijen in de zorg beschikken over een beschrijving wat goede zorg is voor de patiënt. Dit kan beschreven staan in een kwaliteitsvisie of een professionele standaard.² In deze beschrijving over wat belangrijk is voor patiënten met betrekking tot de kwaliteit van de zorg is gedefinieerd wat de relevante domeinen en relevante fasen van het zorgproces zijn (zie *Indicatorstandaard* 2.1). Deze beschrijving vormt het uitgangspunt voor de indicatorset die ontwikkeld, doorontwikkeld of onderhouden moet worden. De indicatorset kan bijvoorbeeld indicatoren bevatten over de zorginhoud, klantervaringen of klantpreferenties of etalage+ informatie.

De eerste keuze die partijen in de zorg moeten maken is de **methode van inventarisatie**. Het resultaat van de inventarisatie is dat is vastgesteld voor **welke domeinen en/of fasen** van het zorgproces indicatoren worden ontwikkeld. Vervolgens moeten partijen in de zorg nagaan of gebruik kan worden gemaakt van een **bestaande indicator** of dat **een nieuwe** indicator wordt ontwikkeld. Voor een nieuwe indicator geldt dat hiervoor de **definities** en specificaties (waaronder de **afbakening van de cliëntpopulatie**, het **type indicator**, de **meetfrequentie** en het **meetniveau**) moeten worden vastgelegd. Tot slot moeten partijen in de zorg bekijken of een aanvullende indicator gewenst is om eventuele **ongewenste effecten** tegen te gaan. Schematisch zien de keuzes voor de indicatoren er als volgt uit.



² Dit zijn systematische beschrijvingen van zorgtrajecten die bij bepaalde zorgvragen passen. Het gaat dan om richtlijnen, zorgstandaarden en zorgmodules, want dit zijn de huidige geformaliseerde en gedefinieerde systematische beschrijvingen van bij bepaalde zorgvragen passende zorgtrajecten of zorgvormen. Nog niet in alle gevallen zal een professionele standaard beschikbaar zijn. Mogelijk kan in die gevallen gebruik worden gemaakt van de aanwezige kwaliteitsvisie.

→ 1 Vaststellen domeinen en fase

Bij de ontwikkeling van indicatoren is het uitgangspunt dat er een beschrijving is van wat goede zorg is. In deze beschrijving staat beschreven welke domeinen en/of fasen in het zorgproces relevant zijn voor zorggebruikers.

Door een inventarisatie kan achterhaald worden voor welke domeinen en/of fasen (bijvoorbeeld fase van diagnostiek of preventiefase) in het zorgproces indicatoren beschikbaar zijn. Deze inventarisatie kan worden vormgegeven door literatuuronderzoek, door een groep deskundigen of groepsdiscussies met patiënten.

- Literatuuronderzoek heeft voornamelijk toegevoegde waarde bij de start van de ontwikkeling van een indicatorset. Literatuuronderzoek voegt mogelijk weinig toe in de situatie dat al eerder gestart is met de ontwikkeling van de indicator(set); het gaat dan alleen om nieuwe literatuur sinds de indicator is gepubliceerd.
- Deskundigenonderzoek ligt in de rede op het moment dat een indicator wordt doorontwikkeld *en/of* op het moment dat de beschikbare literatuur ontoereikend is *en/of* op het moment dat er sprake is van klantervaringsindicatoren. Dan is het mogelijk om een groep deskundigen te vragen om tot een gezamenlijk beeld te komen van de mogelijke indicatoren voor de verschillende domeinen en fasen van het zorgproces. Voor klantervaringen is het daarbij wenselijk om groepsgesprekken met patiënten te voeren om de gewenste indicatoren te bepalen. Er kan gebruik worden gemaakt van verschillende methoden om tot consensus over de gewenste indicatoren te komen. Bij doorontwikkeling van een vragenlijst dient in plaats van of in aanvulling op een deskundigenonderzoek ook een empirisch valideringsonderzoek plaatsvinden. Dit empirische valideringsonderzoek wordt gebruikt om op basis van beschikbare gegevens na te gaan of de domeinen en fasen in voldoende mate gedekt worden.

→ 2 Gebruikmaken van bestaande indicatoren

In eerste instantie kunnen partijen in de zorg inventariseren of er al indicatoren/vragenlijsten bestaan voor het betreffende onderdeel van het zorgproces en het betreffende domein. Dit kan door bijvoorbeeld door te bekijken of er voor vergelijkbare zorg in een andere sector of voor een andere aandoening al een indicator of vragenlijst is ontwikkeld of dat reeds een indicator/vragenlijst in het buitenland is ontwikkeld. Voordat gebruik kan worden gemaakt van een bestaande indicator, moeten de partijen in de zorg (laten) nagaan of de bestaande indicator ook toegepast kan worden voor het domein en het onderdeel van het zorgproces dat beoogd is. Om dit te beoordelen kunnen experts worden gevraagd om hun oordeel.

Een voordeel van het overnemen van een bestaande indicator is dat de ontwikkelkosten voor de indicator beperkter zullen zijn. Een nadeel van het overnemen van de indicator kan zijn dat de indicator al gedefinieerd is, waardoor minder ruimte is om het gewenste domein en/of fase of onderwerp te vatten. Dit is bijvoorbeeld het geval op het moment dat de data al is vastgelegd.

→ 3 Definitie indicator

Voor elke indicator moet een definitie worden vastgesteld. Het vaststellen van de definitie van een indicator bevat (naast het vaststellen wat en waarom iets precies gemeten wordt) in ieder geval de volgende onderdelen:

1. afbakening cliëntpopulatie (in- en exclusiecriteria)
2. type indicator
3. meetfrequentie
4. meetniveau
5. rekenregels

→ 3a Afbakening cliëntpopulatie

De cliëntpopulatie moet duidelijk afgebakend worden, zodat er geen verschillen tussen zorgaanbieders ontstaan die het gevolg zijn van een verschil in cliëntpopulatie. Dit vergt dat duidelijke in- en exclusiecriteria worden gehanteerd. Dit is van belang voor de registratievergelijkbaarheid (zie *Indicatorstandaard* par. 4.1.1).

→ 3b Type indicator

Een belangrijke keuze binnen de definitie is het type indicator dat ontwikkeld wordt. Er zijn drie typen indicatoren:

1. uitkomstindicatoren
2. procesindicatoren
3. structuurindicatoren

Idealiter staat beschreven wat zorggebruikers willen weten over de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit kan zijn opgenomen in de kwaliteitsvisie of in de professionele standaard. Over het algemeen zal gelden dat zorggebruikers vooral geïnteresseerd zijn in uitkomstindicatoren (zie *Indicatorstandaard* par. 2.2). De uitkomstindicatoren sluiten over het algemeen het best aan bij de informatie die patiënten nodig hebben voor het maken van een keuze voor een zorgaanbieder. Voor uitkomstindicatoren geldt wel dat een correctie voor populatie-verschillen noodzakelijk is om tot vergelijkbare informatie te komen. Bovendien speelt toeval een relatief grote rol, waardoor de resultaten minder goed te interpreteren kunnen zijn. Als correctie voor populatieverschillen noodzakelijk is dan zijn extra gegevens noodzakelijk (zie par. 2.2).

Als het ongewenst of niet mogelijk is om uitkomstindicatoren te ontwikkelen kunnen partijen in de zorg kiezen om procesindicatoren te ontwikkelen. Voor procesindicatoren is het belangrijk om scherp vast te stellen wat precies gemeten wordt met de indicator. Er moet worden onderbouwd dat het uitvoeren van een bepaald proces de zorguitkomsten beïnvloedt (zie *Indicatorstandaard* par. 2.2). Voor procesindicatoren geldt dat in sommige gevallen ook een correctie voor populatieverschillen noodzakelijk is en dat de toevalsfactor een rol kan spelen. Deze twee onderdelen spelen een rol wanneer de procesindicator beïnvloed kan worden door kenmerken van de behandelde cliënten. Niet bij alle procesindicatoren spelen populatieverschillen een rol.

Als ook procesindicatoren niet haalbaar zijn, is het mogelijk om een structuurindicator te ontwikkelen. Daarnaast kan het mogelijk gewenst zijn om bij de start van een nieuwe ontwikkeling te beginnen met een structuurindicator en die in een later stadium aan te passen naar een procesindicator of uitkomstindicator. Ook bij structuurindicatoren is het noodzakelijk om scherp vast te stellen wat gemeten wordt en in welke mate een bepaalde structuur de zorguitkomsten beïnvloedt (zie *Indicatorstandaard* par. 2.2). Bij structuurindicatoren is vrijwel nooit correctie voor populatieverschillen noodzakelijk en speelt de toevalsfactor meestal geen rol. Structuurindicatoren zijn relatief eenvoudig te meten.

→ 3c Meetfrequentie

De meetfrequentie betreft de frequentie waarmee de indicator gemeten wordt. Er kan gekozen worden voor continue meting van een indicator of voor een meting op verschillende meetmomenten. Door continue meting kan de registratielast hoger worden, tegelijkertijd is continue meting over het algemeen beter te automatiseren. Bij een geautomatiseerde registratie, waarin gegevens zonder tussenkomst van medewerkers geregistreerd worden, is de kans op fouten kleiner, waardoor de registratievergelijkbaarheid verbetert (zie *Indicatorstandaard* par. 4.1.3). Bij klantervaringen is het gebruikelijk om eens per twee jaar te meten.

→ 3d Meetniveau

Om tot bruikbare informatie voor zorggebruikers te komen is het belangrijk om de indicator op het niveau van de relevante zorgseenheid te meten. Het is voor patiënten noodzakelijk om te

beschikken over informatie op het niveau waarop zij keuzes maken. Over het algemeen zal het kwaliteitsinformatie over de geleverde zorg per locatie zijn. Indien binnen een locatie meerdere afdelingen zijn die verschillende vormen van zorg leveren is informatie per locatie, per aandoening noodzakelijk. Als locaties klein zijn, waardoor slechts weinig waarnemingen beschikbaar zijn kan dit leiden tot een grotere toevalsfactor (zie hiervoor par. 2.4).

→ 3e Rekenregels

Naast bovenstaande moet worden vastgesteld op welke wijze de indicator berekend wordt. Hiervoor is het noodzakelijk om te definiëren hoe de indicator is opgebouwd. Het gaat dan bijvoorbeeld om de definities van de teller en de noemer bij zorginhoudelijke vragen. Naast bovenstaande moet worden vastgesteld op welke wijze de indicator berekend wordt. Hiervoor is het noodzakelijk om te definiëren hoe de indicator is opgebouwd. Het gaat dan bijvoorbeeld om de definities van de teller en de noemer bij zorginhoudelijke vragen.

Bij klantervaringen gaat het om welke items tezamen nodig zijn om de indicatorscore te berekenen of welke vraag als indicator gekozen is (indien de indicator uit 1 vraag bestaat). Per vragenlijst kunnen andere vragen gebruikt zijn om een bepaalde indicator te berekenen.

→ 4 Compenseren ongewenste effecten

Indicatoren kunnen tot ongewenst gedrag leiden (zie par. 2.3 *Indicatorstandaard*). Zo kan een indicator gericht op valincidenten in een verpleeghuis samenhangen met fixatie. Een toename van fixatie kan een ongewenst effect zijn van het streven naar minder valincidenten, en andersom. Indien het gewenst is om de ongewenste effecten van een indicator te voorkomen, kan een keuze worden gemaakt om een indicator gericht op het ongewenste effect te ontwikkelen. Deze indicator geeft inzicht in de mate waarin het ongewenste effect optreedt, waardoor het uiteindelijke effect kleiner wordt.

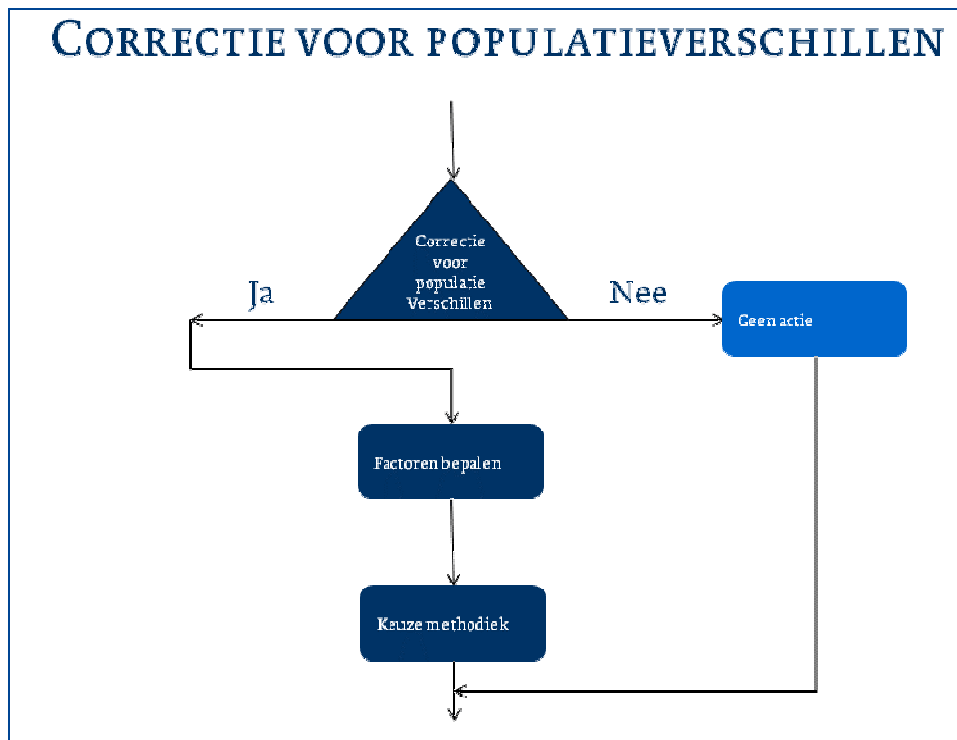
2.2 Correctie voor populatieverschillen

Voor het verkrijgen van vergelijkbare indicatoren moeten de volgende vragen worden beantwoord:

1. Is correctie voor **populatieverschillen** noodzakelijk?
2. Welke **factoren** moeten worden gebruikt bij de **correctie voor populatieverschillen**?
3. Welke **methode** moet worden gebruikt voor de **correctie voor populatieverschillen**?

Schematisch ziet dit er als volgt uit:

--



→ 5 Wel of geen correctie voor populatieverschillen

Het corrigeren voor verschillen in populatie is noodzakelijk indien aan drie voorwaarden is voldaan:

- De indicator wordt beïnvloed door kenmerken van de populatie *en*
- De verdeling van de populatie over de zorgaanbieders is niet gelijk *en*
- De factoren zijn niet door de zorgaanbieder te beïnvloeden

Dit is over het algemeen het geval bij uitkomstindicatoren en in sommige gevallen bij proces-indicatoren. In het algemeen is dit niet het geval bij structuurindicatoren (zie *Indicatorstandaard* par. 3.2).

Vaak is op voorhand wel bekend of een correctie voor populatieverschillen noodzakelijk is. De partijen in de zorg moeten op basis daarvan besluiten of deze correctie gaat plaatsvinden. Het kan zijn dat een correctie voor populatieverschillen gewenst wordt geacht, maar dat niet de juiste gegevens of de gegevens niet op het juiste aggregatieniveau worden vastgelegd. In die gevallen moet worden nagegaan of gebruik kan worden gemaakt van een andere registratie of dat een nieuwe registratie zou moeten worden opgezet (zie par. 2.3).

→ 6 Factoren correctie populatieverschillen

Als de keuze is gemaakt dat correctie voor populatieverschillen noodzakelijk is, moeten de partijen in de zorg de relevante factoren (laten) vaststellen. Voor het vaststellen van de relevante factoren zijn drie opties:

1. literatuuronderzoek
2. empirisch onderzoek
3. deskundigenonderzoek

Het literatuuronderzoek heeft als voordeel dat het relatief snel kan worden uitgevoerd. Veelal is er (internationaal) al onderzoek uitgevoerd naar gewenste correctie voor populatieverschillen, waardoor literatuuronderzoek mogelijk is. Bij het literatuuronderzoek moet worden nagegaan of de onderzoeken goed toepasbaar zijn op de Nederlandse situatie.

Het empirisch onderzoek heeft als voordeel dat beter inzicht wordt verkregen vanuit de huidige praktijk van factoren die van invloed zijn. Bij klantervaringsmetingen kunnen bij de validatie van de vragenlijst (het empirisch onderzoek) de factoren waarvoor gecorrigeerd moet worden bepaald worden. Nadeel is dat empirisch onderzoek bewerkelijk is en dat gegevens moeten worden verzameld, die mogelijk noodzakelijk zijn voor het onderzoek, maar die uiteindelijk niet van invloed blijken te zijn. Deze factoren zijn dan niet nodig op het moment dat de correctie voor populatieverschillen wordt uitgevoerd.

Expertonderzoek kan een uitkomst bieden in de gevallen dat literatuuronderzoek en empirisch onderzoek niet gewenst zijn. Bijvoorbeeld wanneer literatuuronderzoek niet direct toepasbaar is in de Nederlandse situatie, of wanneer empirisch onderzoek te kostbaar is. Bij expertonderzoek wordt een (groep van) experts gevraagd welke factoren relevant zijn voor de correctie voor populatieverschillen van een indicator. Hierdoor kan inzicht worden verkregen in de factoren die gewenst zijn voor het uitvoeren van correctie voor populatieverschillen. Expertonderzoek kan ook worden gecombineerd met een literatuur of empirisch onderzoek.

Naarmate de inzichten over de factoren die relevant zijn voor de correctie voor populatieverschillen van een indicator minder scherp zijn, wordt het relevanter om een pilot uit te voeren. Een pilot kan gebruikt worden om een specifiek vraagstuk op kleine schaal te testen. In een pilot worden vele aspecten van een indicatorset op grote schaal of zelfs bij alle zorgaanbieders getoetst. Op die manier verkrijgen partijen in de zorg meer zekerheid over de factoren die relevant zijn (zie par. 2.5).

→ 7 Methode correctie voor populatieverschillen

Als de factoren voor correctie voor populatieverschillen bekend zijn dan dienen de partijen in de zorg te besluiten volgens welke methode de correctie voor populatieverschillen wordt uitgevoerd. Hiervoor zijn grofweg twee mogelijkheden (zie *Indicatorstandaard* par. 3.1):

1. stratificatie
2. standaardisatie

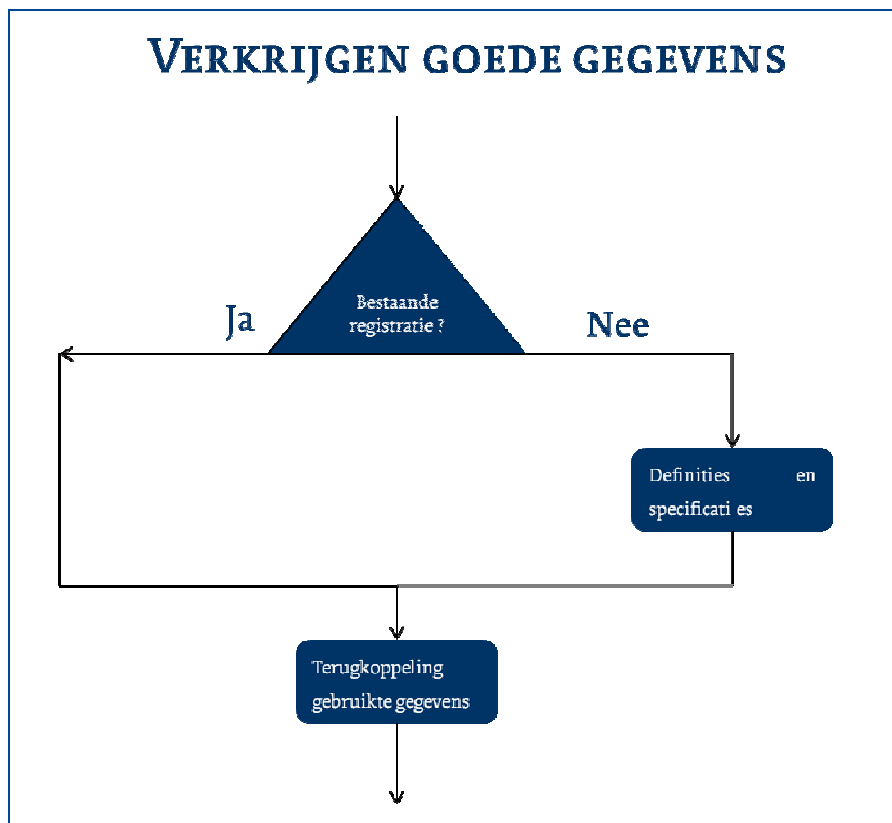
De methode voor stratificatie is simpel en transparant. Door stratificatie worden groepen met vergelijkbare kenmerken onderling vergeleken (zie *Indicatorstandaard* par. 3.1.1). Doordat alleen vergelijkbare groepen worden vergeleken daalt het aantal waarnemingen voor de groepen die onderling vergeleken worden. Dit effect is sterker naarmate rekening moet worden gehouden met meer verschillende kenmerken. In veel gevallen leidt dit tot een laag aantal waarnemingen per categorie, waardoor de toevalsfactor een (te) grote rol speelt. Verschillen tussen zorgaanbieders kunnen daardoor mogelijk niet meer worden geconstateerd. Dan kan standaardisatie een goed alternatief zijn.

Het voordeel voor standaardisatie is dat de gehele populatie als één groep meetelt. Bij standaardisatie daalt het aantal waarnemingen voor de te vergelijken groepen niet. De methode voor correctie voor populatieverschillen beïnvloedt daarmee de toevalsfactor minder. Voor de methode van standaardisatie zijn wel statistische methoden nodig die de interpretatie van de indicatorwaarden minder eenvoudig maken. Hierdoor neemt de herkenbaarheid af voor de zorgaanbieder die de gegevens heeft aangeleverd. Bovendien is het voor standaardisatiemethoden noodzakelijk dat gegevens op cliëntniveau beschikbaar zijn (zie *Indicatorstandaard* par. 3.1.2).

Merk op dat stratificatie en standaardisatie dezelfde rapportagemogelijkheden bieden; beide bieden mogelijkheden om indicatorwaarden te presenteren voor specifieke groepen. Bij het maken van de keuzes voor correctie voor populatieverschillen is het wenselijk dat methodologen om advies gevraagd wordt.

2.3 Verkrijgen goede gegevens

Uiteindelijk moeten zorgaanbieders de gegevens registreren die nodig zijn of een vragenlijst onder patiënten zelf laten uitzetten om de benodigde gegevens te verzamelen om de indicatorwaarden te bepalen. De bron waaruit zorgaanbieders deze gegevens halen is van belang voor de registratievergelijkbaarheid (zie *Indicatorstandaard* par. 4.1.3). Bij de bronkeuze moeten partijen in de zorg ten eerste afwegen of een **bestaande registratie** gebruikt kan worden of dat een nieuwe registratie moet worden opgezet. Bij een **nieuwe registratie** is het noodzakelijk te **definiëren** welke gegevens moeten worden geregistreerd. Ook moeten de **specificaties** worden vastgesteld. Om goede gegevens te verkrijgen is het noodzakelijk dat zorgaanbieders (aan het einde van de kwaliteitsmeting) de **indicatorwaarden** krijgen **teruggekoppeld**. Schematisch ziet dit er als volgt uit:



→ 8a Bestaande registratie of nieuwe registratie bij zorginhoudelijke indicatoren

Er bestaan twee mogelijkheden bij de keuze voor de bron. Partijen in de zorg kunnen besluiten om aan te sluiten bij een bestaande registratie (van de zorgaanbieder) of een nieuwe registratie laten opzetten. In het algemeen geldt dat een indicator bij voorkeur wordt gebaseerd op gegevens uit bestaande registratie. Bestaande registratie heeft vaak de voorkeur omdat definities en specificaties al zijn vastgelegd en de gegevens veelal over de jaren vergelijkbaar zijn. Hierdoor neemt de registratievergelijkbaarheid van de gegevens toe. (zie *Indicatorstandaard* par. 4.1.3). Bestaande registraties kunnen echter ook minder betrouwbaar zijn. Dit kan het geval zijn wanneer verschillende aanbieders verschillende softwaresystemen (met verschillende definities) gebruiken voor het registreren van dezelfde gegevens.

Een zorginhoudelijke registratie heeft de voorkeur boven een administratieve registratie. Met een zorginhoudelijke registratie bedoelen we een registratie die gebruikt wordt in het primaire zorgproces. Een zorginhoudelijke registratie heeft daarbij twee voordelen:

1. de kans op manipulatie en fouten in de registratie is kleiner;

2. er bestaat een relatie tussen het primaire proces en de indicator, waardoor de zorgaanbieder beter in staat is om verbeteringen in de zorgkwaliteit door te voeren. Tegelijkertijd heeft een bestaande registratie als nadeel dat de definities en de specificaties al zijn vastgelegd. Als de definities en de specificaties niet exact aansluiten op de benodigde gegevens voor de indicator dan wordt iets anders gemeten dan met de indicator beoogd. Ook kan het zijn dat de gegevens op een ander dan gewenst aggregatieniveau zijn vastgelegd, waardoor de vergelijkbaarheid tussen de zorgaanbieders niet geborgd is. Partijen in de zorg dienen altijd de betrouwbaarheid van de registratiebron te (laten) beoordelen. Een onbetrouwbare registratiebron leidt namelijk tot onbruikbare gegevens en onjuiste indicatoren. Door de betrouwbaarheid van de mogelijke registratiebronnen te beoordelen kan ingeschat worden welke registratiebron indicatoren met de beste registratievergelijkbaarheid oplevert.

→ 8b **Bestaande registratie of nieuwe registratie bij klantervaringsindicatoren**

Klantervaringen worden verzameld via schriftelijke of online vragenlijsten of door middel van mondelinge interviews. De patiënt zelf of zijn vertegenwoordiger is de bron. Partijen in de zorg kunnen besluiten om een bestaande klantervaringsvragenlijst te gebruiken of om een nieuwe vragenlijst te laten ontwikkelen. Dit laatste wordt gedaan indien er voor de specifieke doelgroep nog geen klantervaringsvragenlijst beschikbaar is. In een (werk specifieke) instructie die behoort bij de vragenlijst staat beschreven voor welke doelgroep de vragenlijst geschikt is, hoe de steekproeftrekking getrokken dient te worden en wat de grootte is. Met welke methode data verzameld dient te worden, en met welke items in de vragenlijst indicatoren berekend kunnen worden.

→ 9a **Te hanteren definities en specificaties nieuwe registratie bij zorginhoudelijke indicatoren**

Als bestaande registraties onvoldoende geschikt worden geacht kan ook een nieuwe registratie worden opgezet. Het voordeel van het opzetten van een nieuwe registratie is dat de definities en specificaties zó kunnen worden gemaakt dat de juiste gegevens worden verzameld voor de gewenste indicator(en).

Een nadeel van het opzetten van een nieuwe registratie is dat het opzetten tijd kost, waardoor de termijn waarop betrouwbare gegevens beschikbaar komen langer is. Een ander nadeel is dat de registratielasten toenemen. Registratielasten betreffen onder andere de tijdsinvestering en kosten die zorgaanbieders maken om de gewenste gegevens te registreren. Wanneer een nieuwe registratie alleen wordt gebruikt voor de indicatoren is bovendien een nadeel dat er veel ruimte is voor fouten en manipulatie; foute registraties worden namelijk niet via reguliere werkprocessen achterhaald. Tot slot geldt dat naarmate het draagvlak bij de zorgaanbieder slechter is, de registratievergelijkbaarheid verslechtert.

Bij het opzetten van een nieuwe registratie moeten partijen in de zorg in ieder geval over drie punten keuzes maken:

1. definities van de te registreren gegevens;
2. steekproef of volledige registratie;
3. aggregatieniveau van de gegevens.

Bij de definities van de te registreren gegevens kunnen partijen in de zorg volledig aansluiten bij de gewenste definities die nodig zijn voor de indicator. Een afweging om daar toch van af te wijken (en de indicator aan te passen) kan zijn dat de aanpassing er toe leidt dat gebruik kan worden gemaakt van een (bestaande) zorginhoudelijke registratie (zie vorige paragraaf voor de bijbehorende voordelen). Het is belangrijk scherpe definities te hanteren. Ruimte voor verschil in de interpretatie van de definitie leidt mogelijk tot een slechtere registratievergelijkbaarheid (zie *Indicatorstandaard* par. 4.1.1).

Het tweede punt betreft de keuze tussen een steekproef of een volledige registratie. Bij het opzetten van een nieuwe registratie nemen de registratielasten toe. De registratielasten kunnen mogelijk beperkt worden door een steekproef te nemen uit de populatie in plaats van de volledige populatie in de registratie mee te nemen. Het nemen van een steekproef vormt een volwaardig alternatief voor een volledige set op het moment dat gegarandeerd is dat de steekproef representatief en voldoende groot is. De representativiteit van een steekproef kan bijvoorbeeld worden geborgd door een onafhankelijke partij de steekproef te laten trekken. Niet in alle gevallen zal een steekproef de registratielasten verminderen. Als de registratie bijvoorbeeld verregaand geautomatiseerd kan worden, kan het zijn dat de last niet afneemt door het trekken van een steekproef. In het geval van niet-geautomatiseerde gegevensverzameling zal een steekproef vrijwel altijd een vermindering van de registratielast tot gevolg hebben.

Ten derde volgt een keuze over het aggregatieniveau van de gegevens. Het registreren op cliëntniveau heeft voordelen voor de mogelijkheden voor de correctie van populatieverschillen en de betrouwbaarheid van gegevens. Als de indicator wordt gebaseerd op geaggregeerde gegevens is geen goede correctie voor populatieverschillen via standaardisatie meer mogelijk (zie *Indicatorstandaard* par. 3.1.2). Afhankelijk van het aggregatieniveau is ook correctie voor populatieverschillen door middel van stratificatie niet meer mogelijk. Indien geen correctie voor populatieverschillen kan plaatsvinden, neemt de vergelijkbaarheid tussen instellingen af. Een ander nadeel van het registreren van geaggregeerde gegevens is dat de betrouwbaarheid van de registratie afneemt. De betrouwbaarheid kan afnemen omdat alleen definities van de geaggregeerde gegevens worden gegeven. Dat betekent dat meer vrijheid ontstaat hoe de registraties op het onderliggende niveau plaatsvinden.

Indien geen gebruik kan worden gemaakt van een bestaande registratie, dan heeft registratie op cliëntniveau als nadeel dat er registratielasten mee zijn gemoeid. Het registreren op cliëntniveau vereist verder maatregelen om de privacy van patiënten te waarborgen. Uit de praktijk blijkt dat privacybescherming geen onoverkomelijke hindernis hoeft te zijn.

→ 9b **Te hanteren definities en specificaties nieuwe registratie bij klantervaringsindicatoren**

Voor het meten van klantervaringen moeten vragenlijsten ontwikkeld worden. Hiervoor zijn specifieke werkinstructies beschikbaar waarin de definities omschreven zijn. Bij het meten van klantervaringen dient een geaccrediteerd meetbureau betrokken te zijn. Het geaccrediteerde meetbureau verzamelt de gegevens op cliëntniveau en draagt zorg voor het trekken van een goede steekproef.

Een bestaande vragenlijst kan aangepast worden naar aanleiding van resultaten uit een vorige meting, of naar aanleiding van een bepaald gebruiksdoel waarvoor ze de nieuwe meting gebruikt wordt (denk aan zorginkoop informatie of verbeterinformatie in plaats van We hebben nu strak opgeschreven dat een geaccrediteerd meetbureau betrokken moet zijn (nav de workshop). Hoe kijken jullie daar tegenaan? verantwoordingsinformatie in een landelijke meting). Voordat de vragenlijst uitgezet mag worden, dient deze aangemeld en voorgelegd te worden aan het Kwaliteitsinstituut

→ 10 **Terugkoppeling gegevens en resultaten**

Terugkoppelen van gegevens biedt de zorgaanbieder (of gegevensleverancier) inzicht in de kwaliteit van hun registratie zodat zij onvolkomenheden leren onderkennen en verbeteren, maar ook kennis kunnen nemen van de inhoudelijke gegevens en de klantervaring over de kwaliteit van zorg. Op deze wijze wordt kwaliteitsinformatie ingebouwd in de werkcyclus van professionals.

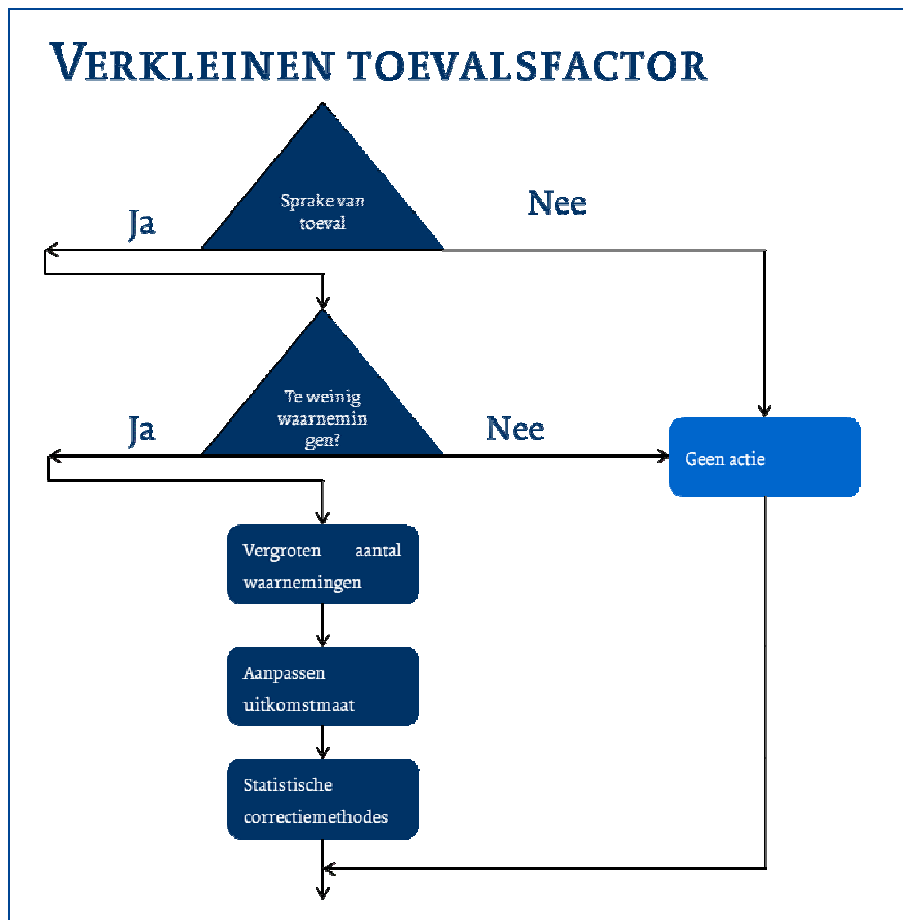
2.4 Verkleinen toevalsfactor

De eerste stap bij het verkleinen van de toevalsfactor is bepalen of **toeval een rol** speelt bij een indicator. Als toeval een rol speelt dan is vooral het **aantal waarnemingen** per instelling relevant. Bij een geringer aantal waarnemingen is de rol van toeval groter, waardoor de betrouwbaarheid van de indicatorwaarden afneemt. De toevalsfactor kan verkleind worden door het **aantal waarnemingen** te **vergroten** of door **statistische correctiemethodes** toe te passen (zie *Indicatorstandaard* par. 6.1).

Als sprake is van te weinig waarnemingen (en daardoor de toevalsfactor te groot is), kunnen drie verschillende acties worden ondernomen:

1. vergroten aantal waarnemingen
2. aanpassen uitkomstmaat
3. toepassen statistische correctiemethodes

Schematisch ziet dit er als volgt uit:



→ 11 Speelt toeval een rol

Voor *structuurindicatoren* speelt toeval per definitie geen rol. Voor *procesindicatoren* speelt toeval een rol daar waar de indicatorwaarden van een procesindicator (over bijvoorbeeld doorlooptijden) kunnen afhangen van toevallige verschillen in samenstelling van de cliëntenpopulatie. Uitkomstindicatoren (waaronder klantervaringsindicatoren) zullen in de praktijk altijd afhankelijk zijn van toeval.

→ 12 Zijn er voldoende waarnemingen

Allereerst moeten partijen in de zorg vaststellen of er voldoende waarnemingen zijn. Er zijn te weinig waarnemingen als de toevalsfactor zó groot wordt dat er geen onderscheid kan worden gemaakt tussen zorgaanbieders die boven- of ondergemiddeld en gemiddeld scoren. Voor het vaststellen of sprake is van te weinig waarnemingen kan gebruik worden gemaakt van een zogenaamde poweranalyse (zie *Indicatorstandaard* par. 6.1.2).

→ 13 Vergroten aantal waarnemingen

De toevalsfactor in de meetwaarden neemt af als het aantal waarnemingen toeneemt. Het vergroten van het aantal waarnemingen kan op verschillende manieren:

1. Het aantal waarnemingen in de steekproef groter maken
2. De periode waarover een meting plaatsvindt verlengen
3. Verschillende indicatoren of patiëntgroepen samenvoegen
4. Metingen van verschillende locaties samenvoegen

Het vergroten van de steekproef is relatief eenvoudig. Als de steekproefomvang vergroot wordt, is het noodzakelijk dat de steekproef representatief blijft. Als gevolg van het vergroten van de steekproef kunnen de registratielasten toenemen.

Ook door een indicator over een langere periode te meten zal het aantal waarnemingen toenemen. Een nadeel hiervan is wel dat ook de actualiteit van de indicator afneemt. Het duurt langer voordat de indicator beschikbaar komt.

Door verschillende indicatoren of patiëntgroepen samen te voegen kunnen de aantallen waarnemingen in een dataset toenemen. Het samenvoegen van indicatoren of patiëntgroepen is alleen mogelijk als er grote samenhang is tussen de patiëntgroepen of indicatoren. Indien dit niet het geval is, zal het onderscheidend vermogen van de indicator afnemen. De verschillen tussen zorgaanbieders worden daarmee kleiner.

Tot slot kunnen de aantallen waarnemingen van verschillende locaties worden samengevoegd. Ook hierdoor neemt het aantal waarnemingen toe. Het samenvoegen van de locaties is alleen mogelijk indien er een grote mate van samenhang is tussen de individuele locaties. Indien dit niet het geval is, zal het onderscheidend vermogen van de indicator afnemen. De verschillen tussen zorgaanbieders worden daarmee kleiner.

→ 14 **Aanpassen uitkomstmaat**

Naast de keuze voor het vergroten van het aantal waarnemingen kunnen partijen in de zorg kiezen om de uitkomstmaat aan te passen. De uitkomstmaat geeft weer welke verschillende waarden een indicator kan hebben. Een indicatorwaarde kan bijvoorbeeld uitgedrukt worden in verschillende klassen of in een ja/nee waarde. Door minder verschillende klassen in een indicator te onderscheiden kan de toevalsfactor worden verkleind. Een nadeel van het aanpassen van de uitkomstmaat op deze manier is dat informatie verloren gaat en dat de indicator minder onderscheidend wordt (zie *Indicatorstandaard* par. 6.2).

Ook kunnen partijen in de zorg kiezen om in plaats van een absolute eenmalige meting een voor- en nameting te doen. De toevalsfactor hangt in veel gevallen sterk samen met (niet geobserveerde) eigenschappen van de cliënt. Deze variatie kan uit de meting worden gefilterd met behulp van een voor- en nameting. Door de resultaten van de voormeting van de nameting af te trekken ontstaat een verschil. Dat verschil is in de praktijk veelal minder gevoelig voor de toevalsfactor en levert daarom betrouwbaardere metingen op. De voormeting is bij voorkeur een nulmeting bij de cliënt voorafgaand aan de behandeling. Een nameting vindt bij voorkeur plaats op het moment dat een goed beeld ontstaat van het effect van de behandeling. Ook kan het gaan om meerdere metingen bij dezelfde cliënt gedurende een bepaalde periode (zie *Indicatorstandaard* par. 6.2).

→ 15 **Statistische correctiemethodes**

Op het moment dat de bovenstaande acties niet gewenst zijn of onvoldoende effect hebben, kunnen partijen in de zorg kiezen om statistische correcties op de indicatorwaarden toe te (laten) passen. Ook door middel van deze statistische correctiemechanismen (empirical Bayes) kan de toevalsfactor verkleind worden (zie *Indicatorstandaard* par. 6.1.6). Hierbij geldt dat voor instellingen met weinig waarnemingen voor een indicator het landelijk gemiddelde meegewogen wordt bij het vaststellen van de indicatorwaarde. Hierdoor wordt de indicatorwaarde van deze instelling naar de landelijk gemiddelde waarde getrokken.

Het voordeel van deze methode is dat de indicatorwaarden van kleine aanbieders betrouwbaarder worden. Een nadeel is dat voor deze methode statistische methoden noodzakelijk zijn, waardoor de herkenbaarheid van de indicatorwaarden afneemt voor de zorgaanbieder die de gegevens heeft aangeleverd. Aanbieders met een klein aantal waarnemingen zullen bij het toepassen van empirical bayes bij sommige indicatoren dicht bij het gemiddelde scoren. Dat de scores naar het gemiddelde

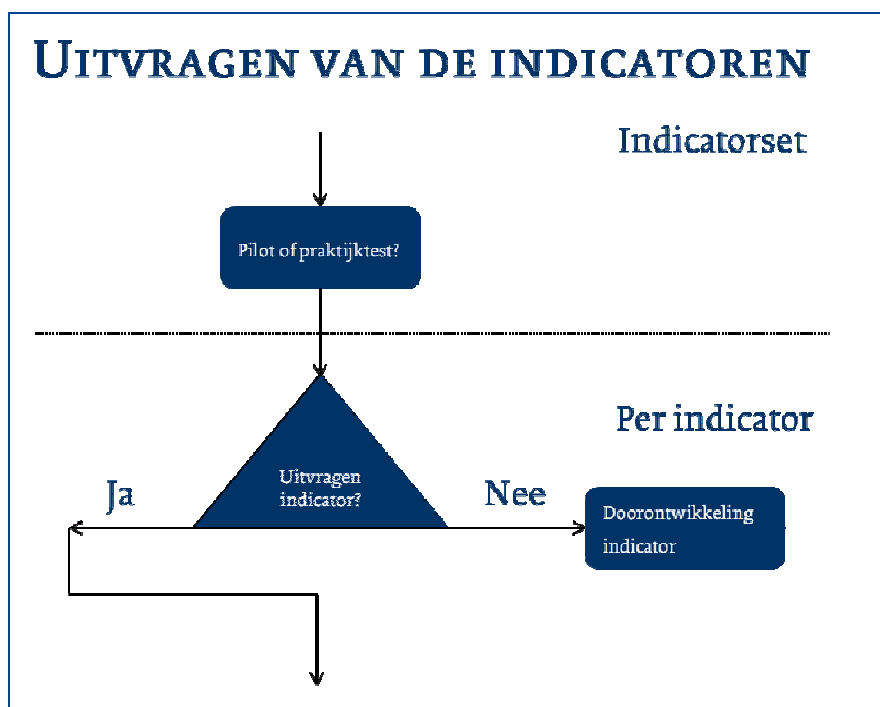
krimpen, lijkt een nadeel, maar heeft ook een gewenst effect: hiermee wordt voorkomen dat indicatorwaarden onterecht suggereren dat de zorgaanbieder zich onderscheidt van andere aanbieders.

Deze statistische correctiemethode kan niet altijd worden toegepast. Deze methode kan alleen worden toegepast indien:

- het aantal instellingen groter is dan 20 en
- registratie op cliëntniveau plaatsvindt of de geaggregeerde data in proportie beschikbaar is

2.5 Voorbereiding uitvragen van de indicatoren

Bij het uitvragen van de indicatorset moeten partijen in de zorg in twee stappen keuzes maken. In de eerste stap moeten partijen in de zorg bepalen of de indicator(set) **definitief wordt uitgevraagd** of dat gestart wordt met een **pilot of praktijktest**. Bij het uitvragen van de indicatoren moet deze keuze gecommuniceerd worden naar de zorgaanbieders die de gegevens moeten gaan verzamelen. Vervolgens moet **per indicator** de keuze worden gemaakt of de betreffende indicator **wordt uitgevraagd**. Schematisch ziet het uitvragen van de indicatoren er als volgt uit:



→ 16 Starten met een pilot of praktijktest

Voor elke indicator(set) geldt dat partijen in de zorg alle noodzakelijke keuzes kunnen maken op basis van een theoretische inschatting. Door te starten met een pilot of een praktijktest kan data worden verzameld die gebruikt kan worden bij de definitieve(re) keuzes voor de indicator.

Een kenmerk van een pilot of praktijktest kan bijvoorbeeld zijn dat de indicatorwaarden niet openbaar worden gemaakt. De indicatoren worden wel uitgevraagd om inzicht te verkrijgen in de gewenste keuzes. Het voordeel van een pilot of praktijktest is dat ook een empirische basis ontstaat voor de indicator. Het nadeel is dat het langer duurt voordat de indicator gebruikt kan worden. Ook bij een pilot of praktijktest moeten alle keuzes zoals in dit hoofdstuk beschreven worden gemaakt. Een pilot of praktijktest kan ook specifiek op één onderdeel gericht zijn, bijvoorbeeld als voor een indicator een correctie voor populatieverschillen noodzakelijk is.

Bij de communicatie over een pilot of praktijktest is het gewenst om aan te geven onder welke condities de pilot of praktijktest wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld niet publiceren van de indicatorwaarden) en wat het doel van de pilot of praktijktest is. Door het doel van de pilot vooraf vast te stellen kan achteraf getoetst worden of de pilot of praktijktest geslaagd is en een definitieve uitvraag van de indicator(set) kan worden gestart.

Klantervaringsindicatoren moeten worden getest en op basis van empirisch onderzoek vastgesteld. Deze test kan gebaseerd zijn op 1) psychometrische analyses en/of 2) de test van het discriminerend vermogen (vermogen onderscheid te maken tussen instellingen).

→ 17 **Uitvragen van indicatoren**

Na alle voorgaande keuzes om de indicator(set) vorm te geven moeten partijen in de zorg een keuze maken of de indicator wordt uitgevraagd.

Voor dit oordeel zijn drie vragen relevant:

1. Wat is de haalbaarheid van de indicator?
2. Wat is de bruikbaarheid van de indicator?
3. Wat zijn de te verwachten lasten van de indicator?

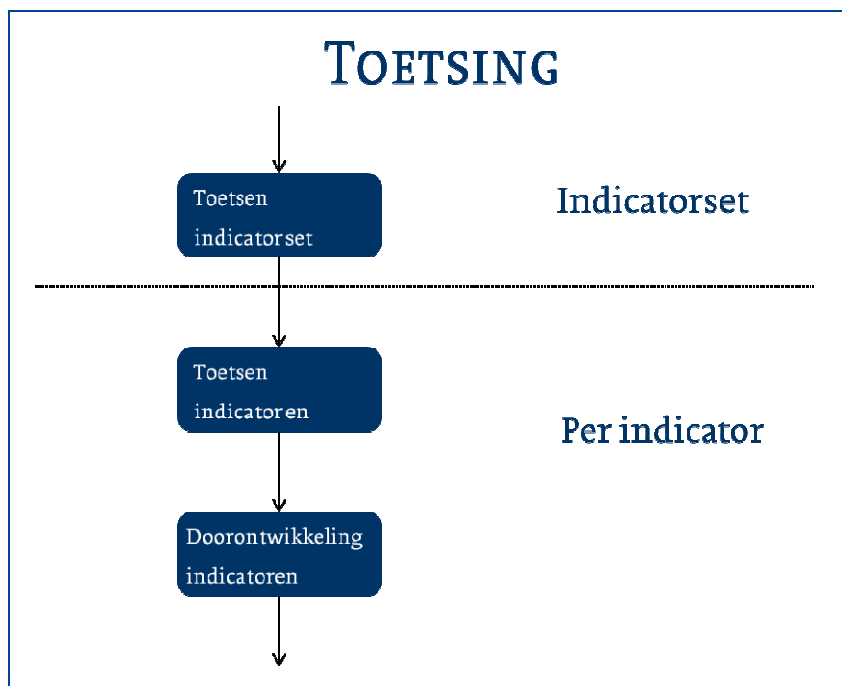
Alle drie de punten kunnen globaal worden geschat op basis van de gemaakte keuzes.

Er zijn per indicator drie opties mogelijk bij deze keuze:

1. De indicator uitvragen (bij zorgaanbieders of bij andere partijen)
2. De indicator niet uitvragen maar doorontwikkelen
3. De indicator niet uitvragen en de ontwikkeling van de indicator stopzetten.

3 Indicatoren toetsen

Partijen in de zorg kunnen de kwaliteit van de indicatoren laten **toetsen** aan de criteria (zie *Indicator-standaard* par. 1.7) uit de indicatorstandaard na de uitvraag van gegevens en berekening van de indicatorwaarden via een pilot of definitieve uitvraag. Het toetsen van de indicatoren vindt plaats op het **niveau van de indicatorset** en op het **indicatorniveau**. Na de toetsing kunnen partijen in de zorg de indicatorwaarden openbaar maken, vergezeld met een signaalvlag die de zeggingskracht van de indicator weergeeft of maken partijen in de zorg per indicator een keuze of **doorontwikkeling** van die indicator moet gaan plaatsvinden. Schematisch ziet dit er als volgt uit:



→ 18 Toetsen van de indicatorenset

Partijen in de zorg kunnen de *indicatorset* laten toetsen op de inhoudsvaliditeit. De cruciale vraag is of de indicatorset de domeinen en fasen in het zorgproces weergeeft, zoals weergegeven in de beschrijving van wat goede zorg is. Dit kan het best beoordeeld worden door een groep experts. Deze groep experts kan door een consensusmethodiek overeenstemming verkrijgen over de volledigheid van de indicatorset (zie *Indicatorstandaard* par. 2.3).

→ 19 Toetsen van de indicatoren

Partijen in de zorg kunnen de *individuele indicatoren* op vier punten laten beoordelen:

1. Inhoudsvaliditeit: Is de relatie tussen de kwaliteit van de geleverde zorg en de indicator goed of draagt de indicator bij aan de volledigheid van de indicatorset
2. Populatievergelijkbaarheid: Is de vergelijkbaarheid van de indicator tussen zorgaanbieders in voldoende mate geborgd?
3. Registratievergelijkbaarheid: Sluiten de gegevens in de registratie in voldoende mate aan bij de werkelijkheid?
4. Steekproefvergelijkbaarheid: Zijn indicatorwaarden tussen de steekproef (of groep respondenten) en de totale behandelde populatie gelijk?
5. Statistisch betrouwbaar onderscheiden: kan een zorgaanbieder zich statistisch betrouwbaar onderscheiden van de landelijk gemiddelde indicatorwaarde?

De kwaliteit van de indicator(set) wordt bepaald aan de hand van de checklist. In de checklist staan de beoordelingscriteria voor indicatoren en indicatorsets. Door middel van de checklist wordt de benodigde informatie verzameld. Uiteindelijk beoordeeld het Kwaliteitsinstituut aan de hand van de informatie uit de checklist of de indicator(set) in het register wordt opgenomen. Daarbij geldt dat niet altijd alle items van de checklist relevant zijn., dit geldt bijvoorbeeld het criterium populatievergelijkbaarheid bij een structuurindicator. De checklist zorgt er dan voor dat het betreffende item niet beantwoord hoeft te worden.

→ 20 Doorontwikkeling van de indicatoren

De toetsing van de indicatoren geeft de zeggingskracht van de indicatorwaarde weer en geeft daarnaast inzicht in de stappen voor doorontwikkeling en onderhoud van de indicator(set). Op basis van het inzicht moeten de partijen in de zorg een keuze maken of doorontwikkeling van de indicator moet plaatsvinden. Bij doorontwikkeling moeten de keuzes uit hoofdstuk 2 opnieuw worden doorlopen.

4 Keuzes maken

In deze bijlage staan alle keuzes benoemd die de partijen in de zorg moeten maken. De afwegingen staan niet in chronologische volgorde. De volgende afwegingen moeten veelal tegelijkertijd worden gemaakt:

Twintig keuzes

Indicatoren

1. Vaststellen domeinen en zorgfasen in het zorgproces
2. Gebruikmaken bestaande indicatoren
3. Definieren van de indicatoren:
 - a. afbakening cliëntpopulatie
 - b. type indicator
 - c. meetfrequentie
 - d. meetniveau
 - e. rekenregels?
4. Compenseren ongewenste effecten

Populatieverschillen

5. Wel of geen correctie voor populatieverschillen
6. Factoren correctie populatieverschillen
7. Methode correctie populatieverschillen

Gegevens verkrijgen

8. Bestaande of nieuwe registratie
9. Definities en specificaties nieuwe registratie
10. Terugkoppelen gegevens en resultaten

Toevalsfactor

11. Speelt toeval een rol
12. Zijn er voldoende waarnemingen
13. Vergroten aantallen waarnemingen
14. Aanpassen uitkomstmaat
15. Statistische correctiemethodes

Uitvraag

16. Starten met een pilot of praktijktest
17. Uitvragen van indicatoren

Toetsing

18. Toetsen indicatorset
19. Toetsen indicatoren
20. Doorontwikkeling indicatoren

5 Begrippenlijst

Aggregatieniveau	Het niveau waarop gegevens worden vastgelegd. Voorbeelden van aggregatieniveau kan cliënt of een groep patiënten zijn.
Cliënt	In de indicatorstandaard wordt de term cliënt gehanteerd. De term kan worden vervangen door patiënt, zorggebruiker etc.
Correctie populatieverschillen	Ook wel 'casemixcorrectie' of zorgzwaartecorrectie. In de Engelse literatuur spreekt over 'risk adjustment', waarmee de techniek van 'standaardisatie' worden aangeduid.
Domein	De relevante kwaliteitsdomeinen die in de kwaliteitsvisie beschreven staan. In de praktijk komt dit veelal neer op de veiligheid, effectiviteit en cliëntgerichtheid.
Empirisch onderzoek	Onderzoek gebaseerd op waarnemingen. Kan aanvullend aan bijvoorbeeld een literatuuronderzoek worden uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de werkelijke effecten.
Ex ante	Bij een ex ante beoordeling wordt een indicator(set) beoordeeld <i>voordat</i> de daadwerkelijke data uitvraag heeft plaatsgevonden.
Expertgroep	Een groep experts die gezamenlijk tot een oordeel kan komen over de inhoudsvaliditeit van de indicatorset of de inhoudsvaliditeit van de indicator. Er is een expertgroep gewenst bij de beoordeling van de inhoudsvaliditeit en bij de beoordeling van de correctie voor populatieverschillen. Voor deze groep experts is het gewenst dat (een zorginhoudelijk expert, een expert voor kwaliteitsmeting, en een statisticus in de expertgroep plaatsnemen. De nadruk ligt daarbij bij de zorginhoudelijke expertise.
Ex post	Bij een ex post beoordeling wordt een indicator(set) beoordeeld <i>nadat</i> de daadwerkelijke data uitvraag heeft plaatsgevonden.
Factoren	De variabelen gebaseerd op de kenmerken van een groep patiënten die de indicatorwaarde beïnvloeden, maar waar de zorgaanbieder geen invloed op uit kan oefenen. De factoren kunnen per indicator verschillen.
Gebruikers	Met gebruikers worden die partijen bedoeld die de uiteindelijke indicatorwaarden gaan gebruiken als bouwstenen voor het genereren van bijvoorbeeld keuze informatie (patiënten en consumenten verenigingen), inkoopinformatie (zorgverzekeraars) of toezicht of informatie voor kwaliteitsverbetering (professionals).
Geaccrediteerd meetbureau	Een geaccrediteerd meetbureau is een meetbureau dat aan de eisen van het Kwaliteitsinstituut heeft voldaan.
Haalbaarheid van de indicator	De mate waarin de inspanningen die benodigd zijn om een indicator te kunnen meten acceptabel zijn, waardoor de indicatorwaarden uiteindelijk kunnen worden opgeleverd.

Indicator	Meetbaar element van de zorgverlening met een signalerende functie aangaande de kwaliteit van de betreffende zorg(aanbieder).
Indicatorwaarde	Een indicatorwaarde is de uitkomst van berekeningen van gegevens die in de indicator worden gespecificeerd.
Indicatorset	Het totaal van 2 of meerdere indicatoren.
Indicatorstandaard	Het document dat de methodologische criteria voor de ontwikkeling van indicatoren en het toetsen van de zeggingskracht van indicatorwaarden
Inhoudsvaliditeit	<p>- op <i>setniveau</i>: de inhoudsvaliditeit is goed als de set een duidelijke relatie weergeeft tussen de geleverde zorg en de cliëntervaringen en zorguitkomsten.</p> <p>- Voor <i>uitkomstindicatoren</i>: de inhoudsvaliditeit is goed wanneer de uitkomstindicator een duidelijke relatie heeft met de geleverde zorg.</p> <p>Voor <i>structuur- en procesindicatoren</i>: de inhoudsvaliditeit is goed wanneer de structuur- of procesindicator een duidelijke relatie heeft met de cliëntervaringen en/of zorguitkomsten.</p>
Kenmerken van de populatie	kenmerken van de patiënten die zijn behandeld/verzorgd zoals leeftijd en geslacht, etniciteit, sociaal-economische status etc.
Klantervarings-indicatoren	Klantervaringsindicatoren geven een indicatie over de door cliënten ervaren kwaliteit van bepaalde onderdelen of aspecten van de zorgverlening en het zorgproces. Zij kunnen de uitkomst zijn van vragenlijsten of daarvan zijn afgeleid.
Mediërende factoren	Factoren die de indicatorwaarden beïnvloeden, maar wel te beïnvloeden zijn door de zorgaanbieder.
Methodologische consequenties	De consequenties van gemaakte keuzes op de kwaliteit van de indicator. Bijvoorbeeld als geaggregeerde data wordt verzameld kan geen goede correctie voor populatieverschillen worden uitgevoerd.
Onderdelen van het zorgproces	De verschillende delen van de behandeling van de cliënt van het moment van het eerste contact tot het laatste contact. Het gaat bijvoorbeeld om de indicatiestelling, de behandeling en de nabehandeling of controle.
Ontwikkelkosten	Alle kosten die moeten worden gemaakt van de start van de indicatorontwikkeling tot de totstandkoming van de indicatorwaarden. Het gaat dan om het definiëren van de indicatoren, het uitvragen van de indicatoren, de berekening van de indicatoren en de mogelijke publicatie van de indicatoren.
Organisatorische eenheid	Een (onderdeel van een) zorgaanbieder die een gezamenlijk doel nastreeft.
Pilot	een proefperiode bij de ontwikkeling van de indicatoren, waarin een indicatorset op veel aspecten op grote schaal, of zelfs bij alle zorgaanbieders worden getoetst

Poweranalyse	Berekening van het benodigd aantal waarnemingen (sample size) van een studie om een vooraf gedefinieerd minimaal klinisch relevant verschil met een bepaalde kans (power) waar te nemen.
Populatie-vergelijkbaarheid	De indicatorwaarden van verschillende zorgaanbieders op een bepaalde indicator zijn vergelijkbaar. Dat wil zeggen dat de berekende indicatorwaarden daadwerkelijke verschillen in de kwaliteit van de geleverde zorg weerspiegelen en niet de verschillen in de cliëntenpopulaties van de zorgaanbieders.
Praktijktest	Een proefperiode bij de ontwikkeling van indicatoren waarin een specifiek vraagstuk getest wordt op kleine schaal.
Procesindicator	Betreffen metingen aan de procesgang van de zorg (o.a. wacht- en doorlooptijden, volume indicatoren, indicatiestelling, richtlijnconformiteit).
Professionele Standaard	Dit zijn systematische beschrijvingen van zorgtrajecten die bij bepaalde zorgvragen passen. Het gaat dan om richtlijnen, zorgstandaarden en zorgmodules, want dit zijn de huidige geformaliseerde en gedefinieerde systematische beschrijvingen van bij bepaalde zorgvragen passende zorgtrajecten of zorgvormen. Nog niet in alle gevallen zal een professionele standaard beschikbaar zijn. Mogelijk kan in die gevallen gebruik worden gemaakt van de aanwezige kwaliteitsvisie.
Registratie-vergelijkbaarheid	Registratievergelijkbaarheid ontstaat wanneer dat vergelijkbaarheid van indicatorwaarden niet wordt aangetast door verschillen tussen de werkelijke en de geregistreerde waarden van structuur-, proces-, uitkomst- en populatiewaarden.
Registratielast	Het totaal aan lasten die zorgaanbieders dragen om de gegevens die benodigd zijn voor de indicator te registreren. Het gaat dan bijvoorbeeld om personeelskosten en ICT kosten.
Representativiteit	de vergelijkbaarheid van indicatorwaarden wordt niet aangetast door verschillen tussen de steekproef waar de indicator op is gebaseerd en de totale behandelde populatie.
Routekaart	Het document waarin de verschillende keuzes met methodologische consequenties die door partijen in de zorg moeten worden gemaakt staan beschreven.
Standaardisatie	Techniek waarbij een indicatorwaarde wordt gecorrigeerd voor versturende factoren, zodat vergelijking tussen zorgaanbieders mogelijk wordt.
Statistisch betrouwbaar onderscheiden	Het vermogen van een indicator om zorgaanbieders met bovengemiddelde en ondergemiddelde indicatorwaarden te onderscheiden van gemiddeld scorende aanbieders. Bij dit criterium speelt het aantal waarnemingen dat een zorgaanbieder kan aanleveren een essentiële rol: bij een te laag aantal waarnemingen wordt de rol van toeval veelal te groot om betrouwbaar verschillen in prestaties te kunnen detecteren.
Statistische	Correctiemethodes die problemen met

correctiemethodes	registratievergelijkbaarheid, populatievergelijkbaarheid of statistisch betrouwbaar onderscheiden verbeteren.
Steekproef	Een selectie uit een totale populatie ten behoeve van een meting van bepaalde eigenschappen van die populatie.
Steekproef en respons Vergelijkbaarheid	steekproef en responsvergelijkbaarheid ontstaat wanneer dat vergelijkbaarheid van indicatorwaarden niet wordt aangetast doordat de metingen zijn gedaan op een subset van de populatie. Dit kan zijn doordat de metingen gebaseerd zijn op de totale populatie of doordat sprake is van een representatief (gemaakte) steekproef.
Stratificatie	Verdelen van patiënten uit een heterogene groep in groepen, zodat meerdere homogene groepen ontstaan.
Structuurindicator	Betreffen vragen naar de organisatorische randvoorwaarden van de zorg (o.a. aanwezigheid van registraties, kwalificaties van personeel).
Toetsingskader	Het geheel aan methodologische criteria waarop een indicator zowel ex ante als ex post wordt beoordeeld.
Uitkomstindicator	Betreffen metingen van de uitkomsten van de geleverde zorg (zoals klanttevredenheid, 10-jaars overleving, mate van ziekteactiviteit, kwaliteit van leven, complicaties, sterfte). Een onderverdeling kan hier nog worden gemaakt naar 'intermediate outcomes' en echte 'eindpunten' van zorg. In het eerste geval gaat het bijvoorbeeld om een 'gecontroleerde bloeddruk' (de medische parameters aan het einde van de behandeling ³ zijn goed); in het laatste geval om bijvoorbeeld het 'aantal jaren zonder cardiovasculair incident'.
Uitkomstmaat	De maat waarin de indicatorwaarden worden weergegeven. Bijvoorbeeld ja of nee, verschillende te onderscheiden klassen of een continue schaal.
Partijen in de zorg	Organisaties uit het veld die de verantwoordelijkheid op zich hebben genomen om een set kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, zoals (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en/of patiënten/cliënten.
Veiligheid	Vermijden van veiligheidsrisico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten en zorgprofessionals.
Vertekening	Een schatting is een waarde die een indruk geeft van een onbekende eigenschap (parameter) van de populatie. Een schatting zal er altijd een beetje naast zitten. Als de schatting echter gemiddeld (over alle mogelijke steekproeven) genomen precies de juiste waarde geeft, noemt men de schatting onvertekend of zuiver. Er zijn drie bronnen van vertekening: meetvertekening (registratievergelijkbaarheid), confounding (populatievergelijkbaarheid) en selectie vertekening (steekproefvergelijkbaarheid).

³ Of *gedurende*, in het geval van een chronische behandeling.

Waarneming(en)	Het aantal waarnemingen heeft betrekking op het aantal datapunten of metingen of variabelen dat een zorgaanbieder aanlevert. Het kan hierbij zowel om waarnemingen voor de noemer als om waarnemingen voor de teller gaan.
Zorgaanbieder	Voor de sector neutrale term zorgaanbieder kan bijvoorbeeld worden gelezen: instelling, ziekenhuis, praktijk, maatschap, etc. Idealiter is dit gespecificeerd tot het niveau van de locatie, de praktijk of de afdeling (afhankelijk van doel van de indicator(set)). Zie ook organisatorische eenheid.
Zorginhoudelijke registratie	Een zorginhoudelijke registratie is een registratie die gebruikt wordt in het primaire proces. Een andere benaming kan zijn werkvloerregistratie.